Lane Medical Library

Die Facialislähmung bei Neugeborenen.

(Aus der Geburtshülflichen Anstalt der Königlichen Charité)

INAUGURAL-DISSERTATION

WELCHE

ZUR ERLANGUNG DER DOCTORWÜRDE

IN DER

MEDICIN UND CHIRURGIE

MIT ZUSTIMMUNG

DER MEDICINISCHEN FACULTÄT

DER

FRIEDRICH-WILHELMS-UNIVERSITÄT ZU BERLIN

am 25. Juni 1901

NEBST DEN ANGEFÜGTEN THESEN

ÖFFENTLICH VERTHEIDIGEN WIRD

DER VERFASSER

Wladimir Libin

aus Slutzk (Russland)

OPPONENTEN:

Herr Dr. med. Margulies.
- Dr. med. Jablotschkoff.
- Dr. med. Lövensohn.

Berlin.

Buch- und Kunstdruckerei R. W. Jahn, Rummelsburg-Berlin

Verlängerte Lessingstr. 5.

Literatur.

Ahlfeld – Lehrbuch der Geburtshilfe.
Bernhardt – Neurologisches Zentralblatt. Nr. 14, 1890.
Charité-Annalen von 1874–1898.
Dührssen – Geburtshülfliches Vademecum.
Ebstein – Handbuch der practischen Medicin.
Eulenburg – Real-Encyklopädie.
Gerhardt, K. – Lehrbuch der Kinderkrankheiten.
Henoch – Vorlesungen über Kinderkrankheiten.
Handbuch der speciellen Pathologie und Therapie, redigirt v. R. Virchow.
Jurgensen – Lehrbuch der speciellen Pathologie und Therapie.
Litzmann – Die Geburt bei engem Becken.
Martin – Lehrbuch der Geburtshilfe.
Michaelis – Ueber das enge Becken.
Nagel – Erfahrung über die Anwendung der Achsenzugzange. (A. f. G. B. 39 u. 44.)
Niemeyer – Specielle Pathologie und Therapie.
Olshausen und Veit – Lehrbuch der Geburtshilfe.
Oppenheim – Lehrbuch der Nervenkrankheiten.
Parrot – Notes sur l'anatomie pathologique de la paralysie faciale de nouveau-né.
Runge, M. – Geburtshilfe.
Sachs – Nervenkrankheiten des Kindesalters.
Schauta – Grundriss der operativen Geburtshilfe.
Schmidt – Jahrbücher der Medicin.
Simpson, Jams Y. – Selected obstetrical Works.
Simpson, A. R. – Contribution to Obstetrics and Gynekology.
Villaret – Handwörterbuch der Medicin.
Winkel – Lehrbuch der Geburtshilfe.
Ziemssen – Specielle Pathologie und Therapie.
Zweifel – Lehrbuch der Geburtshilfe.

Bei Neugeborenen kommt die Lähmung des Gesichtsnerven am häufigsten vor durch directen Druck der Zangenlöffel auf den Nerv; dabei braucht der Druck gar nicht bedeutend zu sein.

„Nach Olshausen wird gewöhnlich derjenige N. facialis gelähmt, welcher dem hinteren Zangenlöffel entspricht, so dass der Druck nicht auf dem Pes anserinus, sondern auf die Austrittsstelle des N. facialis in der Nähe des furamen stylo-mastoideum stattfinden muss. Dies ist die Regel. Ein Druck auf die Verzweigungen des N. facialis macht ebenfalls Lähmungen". (Zweifel-Geburtshülfe. S. 576.)

Die Facialislähmung durch Druck der Zangenlöffel ist leicht zu diagnosticiren: beim Schreien verzieht das Kind den Mund nach der gesunden Seite hin, oft kann es auch das Auge der gelähmten Seite nicht ganz schliessen. Es hängt davon ab, ob der Druck der Zange die Labial- oder Palpebralzweige des N. facialis gleichzeitig trifft, oder die lezteren verschont bleiben. Auch bemerkt man auf der Backe Verletzungen der Haut und Eindrücke. Die Prognose der Facialisparese ist fast immer günstig und man kann die aus diesem Anlasse erregte Umgebung versichern dass die Lähmung wahrscheinlich verschwinden wird sobald der Nerv sich von den Folgen der Compression erholt. Man darf aber den glücklichen Ausgang nicht mit absoluter Sicherheit verbürgen, denn es ist möglich das der Druck der Zangenlöffel so intensiv und anhaltend war, dass in dem entsprechenden Nerven degenerative Processe entstehen können. Henoch (Vorlesungen über Kinderkrankheiten) hat solche 2 Fälle beobachtet und Parrot (Notes sur l'anatomie pathologique de la paralysie faciale de nonveau-vè) lieferte dafür den anatomischen Beweis.

Aber nicht nur der directe Druck der Zangenlöffel auf den N. facialis kann eine Lähmung desselben hervorrufen. — „Liegt der Kopf auf der Seite (Seitenlage) so trifft der eine Zangenarm fast unfehlbar den Hals oder die Gegend des Processus mastoideus und es erfolgt eine Verletzung der Halswirbel oder des

Nervus facialis, die sich durch Lähmung des halben Gesichts kund giebt. Es ist daher in jedem solchen Falle gerathen dem Kopf mit der Hand erst eine günstigere Stellung zu geben, wonach sein Austritt von selbst erfolgen kann oder durch die den Seiten des Kopfes angepasste Zange mit Sicherheit bewirkt werden kann. (Michaelis — Ueber die Geburt bei engem Becken S. 198.) Bei engem Becken entspringt die Gefahr der Facialislähmung beim Neugeborenen, sowie anderweitigen Verletzungen, aus den mechanischen Insultationen, denen der Schädel bei dem Durchgange durch ein mehr oder weniger enges Becken ausgesetzt ist. Nach Soltman (Gerhardt — Lehrbuch der Kinderkrankheiten) liegt die verhältnissmässig leichte Möglichkeit der Facialislähmung bei Neugeborenen in den topographischen Formverhältnissen des Kindlichen Schädels: die Knochenvorsprünge und Rauigkeiten, an denen die Muskeln entspringen, sind noch nicht ausgebildet, die Theile liegen mehr in einer Ebene als im späteren Leben.

Nach Michaelis („Ueber die Geburt bei engem Becken. S. 288.) beruhen die Bedingungen, unter denen der Kopf sich einklemmt, weniger in der Beschaffenheit des Kopfes als in der Art der Beckenenge. Bei theilweise verengtem Becken tritt selten eine Einklemmung ein. Die ganze Gewalt der Wehen nämlich wirkt hier auf den einen Punkt des Kopfes, der am Promontorium steht, und selbst Köpfe von festerem Bau wiederstehen nur selten einem solchen auf einen Punkt gerichteten Andrange. Ist der Kopf mehr oder weniger weich, so wird er in den Nähten verschoben, das Scheitelbein wird flach gedrückt; bei härterem Kopfe erfolgt aber ein löffelförmiger Eindruck des Schädelknochens. Harte Schädelknochen und ein scharf hervorragendes Promontorium geben besonders Veranlassung zu beschränkten aber tiefen löffelförmigen Eindrücken. Am häufigsten kommen dieselben in Folge des gewaltsamen Zangenbrauches.

Auf Grund seiner eigenen Erfahrung behauptet Michaelis, dass es nicht die Zangenlöffel sind, die diese Verbiegung der Knochen hervorbringen, da die Zange vielmehr die Seiten des Kopfes kräftig fasst und hier ihren Eindruck in der Haut zurücklässt. Auch macht die Zange, wenn sie wirklich die Knochen einbiegt, Zerstörungen von ganz anderer Art und Gestalt. Es ist vielmehr immer das Promontorium, gegen welches das Stirnbein mit Gewalt durch die Zange angepresst wird, welches unmittelbar die Einbiegung hervorbringt.

Von den auf dieser Weise hervorgebrachten Eindrücke sind gewöhnlich die Eindrücke des Stirnbeines die tiefsten und werden sich nie von selbst vollständig, noch durch Kunst gehoben werden können. Bei Erwachsenen, die bei der Geburt einen solchen Eindruck des Stirnbeines erlitten haben, kann man fast immer als Rückstand der Grube eine Flachheit der Stirn über den einen

Stirnbeinhöcker deutlich erkennen. Diese Schiefheit und Entstehung der äusseren Formen ist durchaus die geringste schlimme Folge dieser gewaltsamen Zangenoperationen; in den schlimmeren Fällen können sie Hirnkrankheiten, Halblähmungen, Verstandesschwächen, ja Blödsinn zu Folge haben.

Aehnliche Eindrüche der Schädelknochen kommen nicht bloss beim gewaltsamen Zangenbrauch, sie können auch bei natürlich verlaufenden Geburten zu Stande kommen, nämlich wenn verschiedene Geburtshindernisse, am meisten das enge Becken, auf den kindlichen Kopf einen mehr oder weniger starken, andauernden Druck ausüben.

Ist der Druck gering, so findet man an der Kopfschwarte hyperämische Streifen und Hautabschilferungen. Bei einem stärkeren Druck können partielle Zertrümmerungen der weichen Kopfbedeckungen sattfinden, ausserdem beeinflusst ein stärkerer Druck auch die Form der Schädelknochen, an denen starke Verschiebung der Kopfknochen gegeneinander, Losreissen an den Suturen, tiefe löffel- oder spaltförmige Eindrücke und endlich vollständige Zertrümmerungen des Schädeldaches vorkommen.

„Mit welcher Gesetzmässigkeit derartige Verletzungen erfolgen können, zeigen die sich gleichmässig wiederholenden Verletzungen der Kinder bei ein und derselben Frau.“ (Ahlfeld — Lehrbuch der Geburtshülfe. S. 316.)

Hoffmann berichtet (M. f. G. Band IV. S. 401), dass bei drei Geburten dem Kinde ein Augapfel herausgepresst wurde. „Ich sah bei drei Kindern derselben Frau gleichmässige Impressionen.“ (Ibid.)

Ausser den Eindrücken der Schädelknochen, die beim Durchgange des Kopfes durch das enge Becken entstehen und bei den sponton Geborenen Lähmung des Gesichtsnerven hervorrufen können,*) fallen noch ins Gewicht als mögliche Ursache der Facialislähmung bei spontan geborenen Kindern die meningealen Blutengen, die gewöhnlich in Folge der grösseren Zerreisslichkeit der Gefässwandungen vorkommen. Gewöhnlich haben diese meningealen Blutungen ihren Sitz im sogenannten Arachnoidealsack, Subaracheoidealraume, in den Ventrikeln, seltener auf der Aussenfläche der Dura mater. Eine Extravasation von Blut in die Substanz des Rückenmarks ist nie gefunden worden; auch im Gehirn kommen sie sehr selten vor. (Lietzmann — Die Geburt bei engem Becken.)

Auch kann die Facialislähmung entstehen durch den Druck von Beckentumoren auf die Schädelknochen. So z. B. theilte Dubois einen interressanten Fall mit, wo „die Facialislähmung bei dem Neugeborenen während des Geburtsactes entstanden war

*) Die ersten, die auf die Facialislähmung bei spontaner Geburt aufmerksam gemacht haben, waren Ossiander und Loudouzy.

durch den Druck eines im Becken der Mutter befindlichen Osteoms.

Vogel sah auch bei angeborener Kleinheit und Verkümmerung des Felsenbeines Facialislähmung. (Soltmann in Gerhardt's Lehrbuch der Kinderkrankheiten.)

Uebrigens ist zu bemerken, das die Compressionslähmung auch da vorkommen kann, wo die Facialisverästelungen nicht direct dem Druck ausgesetzt sind, sondern andere Theile namentlich das Os parietale oder Occipitali.

Man muss überhaupt gestehen, dass die grosse Seltenheit der Facialislähmung bei spontanen Geburten es wohl natürlich erscheinen lässt, dass unsere Kenntnisse speciell der Aetiologie derselben wenig umfangreich und bestimmend sind.

In den meisten Fällen mag es überhaupt nicht gelingen Anhaltspunkte für die Entstehung der Facialislähmung aufzufinden. Als Hauptursache muss doch der Druck von Promontorium auf die Schädelknochen. Es ist aber nicht undenkbar, das die Lähmung dadurch hervorgerufen werden kann, dass die Wange des Kindes dauernd gegen einen oder anderen Theil des Beckens oder des Kindes selbst gedrängt würde. Die Facialisparese kann nicht nur das directe Resultat einer Compression von Seiten des Beckens (oder der Zangenlöffel) sein, sondern es kann sich auch in anderen Fällen um einen Bluterguss in der Region der Ohrspeicheldrüse mit entsprechendem Druck auf den N. facialis, so dass eine temporäre Lähmung zu Stande kommt. (Sachs — Nervenkrankheiten des Kinderalters).

Einzelne Fälle sprechen dafür, dass Amniosfalten, welche am Gesicht adhärent werden, Lähmungen des N. facialis zur Folge haben (Olshausen und Veit — Lehrbuch der Geburtshülfe. S. 959.).

Die Facialislähmung kann einseitig oder doppelseitig sein. In den meisten Fällen ist sie einseitig und verschwindet, ähnlich der Zangenlähmung, nach wenigen Tagen. Die doppelseitige Lähmung kommt ausnahmsweise vor und bleibt bestehen. Als Ursache für solche congenitale Lähmung des N. faciales vermuthet Möbius und andere Autoren einen congenitalen Kernschwund. Selten beschränkt sich die congenitale Facialislähmung auf eine Seite (Stephan, Schultze), dabei können auch einzelne Muskeln verschont sein. (Oppenheimer, Lehrbuch der Nervenkrankheiten.)

Selbstverständlich können Erkrankungen, die gewöhnlich die Nerven in Mitleidenschaft ziehen oder ziehen können, eine Facialislähmung bei Neugeborenen hervorrufen.

Für die Diagnose gelten hier auch dieselben Symptome, welche bei der Erkennung der Facialislähmung überhaupt massgebend sind.

Zur Kasuistik der Facialislähmung bei Neugeborenen.

I. Bei spontaner Geburt.

Es gelang mir, im Ganzen 22 Fälle von Facialislähmung bei Neugeborenen, die während der spontanen Geburt entstanden sind, zusammenzustellen. Leider ist in den meisten Fällen die Geburtsgeschichte sehr ungenau oder gar nicht angegeben und es ist deshalb unmöglich, irgend welche Schlüsse über die Entstehung der Lähmung zu ziehen.

Fall 1.

(Aus dem Berichte der Geburtshilflichen Klinik der Königlichen Charité für das Jahr 1874.)

Die Geburt erfolgte ohne Kunsthülfe. Das Kind wurde in I Schädellage geboren. Gleich nach der Geburt bemerkte man auf der linken Seite eine Lähmung des Nervus facialis mit Exophthalmus derselben Seite und eine Verletzung der grossen Fontanelle. In 8 Tagen verschwanden die Lähmung und Exophthalmus vollständig.

Von dem Verlauf der Geburt ist in diesem Falle nichts mitgetheilt worden und man kann sich die Lähmung in diesem Falle nicht erklären.

Fall 2.

Charité-Annalen für 1877.

Das Kind wurde ohne ärztliche Hülfe geboren. Die Lähmung (es ist nicht angegeben, welche Gesichtshälfte gelähmt war) bildete sich nach 8 Tagen allmählich zurück.

Fall 3.

Charité-Annalen 1885.

Die Kreissende war eine Zweitgebärende mit nur wenig plattem Becken. Das Kind, ein Knabe von 51 cm Länge und 3780 gr Gewicht wurde ziemlich schnell in erster Schädellage

geboren. Gleich nach der Geburt zeigte sich eine Lähmung der Stirn-, Augen-, Mund- und Nasenäste des rechten Facialis bei sonst völligem Wohlbefinden. Diese Facialislähmung blieb am Entlassungstage noch ziemlich unverändert erhalten. Auch blieb die elektrische Erregbarkeit erhalten. Ein Grund für die Lähmung hat sich nicht auffinden lassen.

In diesem Falle ist es interessant, dass die Lähmung, die sich sonst ziemlich bald zurückbildet, noch so lange bestehen blieb.

Fall 4.

Charité-Annalen für das Jahr 1886.

Das Kind wurde spontan geboren. Auf dem linken Scheitelbeine bemerkte man eine Markstück grosse Druckmarke. Die Facialislähmung war auf der rechten Seite. In wenigen Tagen konnte von der Lähmung nichts mehr bemerkt werden.

Ob in diesem Falle die Lähmung durch den Eindruck, allerdings sehr geringen des linken Scheitelbeins entstanden ist, muss dahingestellt bleiben.

Fall 5.

Charité-Annalen für dasselbe Jahr 1886.

Die Kreissende hatte ein plattes Becken. Die Geburt erfolgte spontan. Die Facialislähmung war auf der rechten Seite und bildete sich in wenigen Tagen zurück.

Leider wissen wir nichts von dem Verlauf der Geburt, sowie von dem Zustande des Kindes.

Fall 6.

Charité-Annalen für das Jahr 1895/96.

Die Kreissende war eine 24jährige Erstgebärende. Die Beckenmessung ergab Folgendes: D. Sp. 24,5, D. Cr. 26, Troch. 31, C. ex. 19, C. d. 10,5.

Das Kind, ein Knabe, 48,5 cm lang, 2445 gr schwer, wurde spontan und lebend geboren. Es zeigte starke seitliche Compression der Schädelknochen und Lähmung des rechten N. facialis, welche bis zum zehnten Tage deutlich blieb.

Hier also haben wir es mit einem engen Becken zu thun, das eine Compression der Schädelknochen hervorbrachte, und dadurch wahrscheinlich ist die Lähmung entstanden.

Fall 7.

(Aus der Geburtshilflichen Anstalt der Königl. Charité 1900.)

Die Kreissende, Friederike Lewerenz, ein 40jähriges Dienstmädchen aus Berlin. Sie ist eine 8-gebärende. Die früheren Geburten verliefen alle ohne Besonderheiten. Zwei jedoch traten sehr rasch, noch vor Ankunft der Hebamme ein. Bei der 7. Geburt bestand angeblich Armvorfall, so dass ärztliche Hülfe nothwendig war.

Die Anamnese ergiebt nichts besonderes: Vater lebt und ist gesund. Mutter gestorben angeblich an Wassersucht. Geschwister gesund. Die Kreissende selbst will niemals krank gewesen sein. Die erste Regel bekam sie mit 15 Jahren. Menstruation immer regelmässig. Wann die letzte Regel war, ist von ihr nicht zu ermitteln.

Die äussere Untersuchung, die am 21. XI. 99, Mittags um $12^1/_4$ Uhr vorgenommen war, ergab folgendes: Sp. — 27, Cr. — 31, Troch. $33^1/_2$, C. ext. — 18, C. d. 10.

Also, das Becken ist ein einfach plattes.

Umfang des Abdomens war 108 cm.

Der Fundus Uteri stand in der Mitte zwischen Nabel und Proc. Xydhoideus. Im Fundus Uteri fühlte man einen grossen Theil und rechts von ihm kleine Theile. Der zweite grosse Theil war am Beckeneingang zu fühlen. Die Fötaltöne waren links von der linea alba etwa an der Höhe des Nabels am deutlichsten zu hören. Die Wehen waren gut.

Die innere Untersuchung ergab folgendes: Die Portio war verstrichen, der Muttermund vollständig erweitert, die Blase war gesprungen. Der vorliegende Kopf stand fest im Becken.

Nach der Angabe der Kreissenden begannen die Wehen am 20. XI. Abends. Der Abgang des Fruchtwassers erfolgte am 21. XI. um 3 Uhr Vormittags. Um $2^1/_2$ Uhr Nachmittags wurde das Kind spontan geboren. Nach $^1/_2$ Stunde wurden die Nachgeburtstheile exprimirt. Die Frau fühlte sich wohl. Temperatur $38.^2$, Puls 88.

Däs Kind, ein Mädchen, war vollständig ausgetragen, $52,^5$ cm lang und 3850 gr schwer.

Die Kopfmaasse waren:

Der kleine Querdurchmesser — 9 cm.

Der grosse Querdurchmesser — 10 cm.

Distanz: der Nasenwurzel zum Hinterhaupt — 12 cm.

„ „ „ „ Nacken — 10 cm.

„ des Kinnes zum Hinterhaupt — 11 cm.

Umfang des Kopfes — 39 cm.

Bei der Untersuchung des Kindes gleich nach der Geburt bemerkte man, dass das Kind das rechte Auge nicht schliessen kann. Beim Oeffnen des Mundes wich der linke Mundwinkel nach links ab. Es war also eine rechtsseitige Facialislähmung, bei der die Palpebral- und Mundäste betroffen waren. Sonst war das Befinden des Kindes gut.

Am Kopfe konnte man wahrnehmen: links — auf der Grenze zwischen Stirnbein und Scheitelbein eine ziemlich tiefe Delle — Druck von Promontorium; rechts — auf dem Scheitelbeine eine sehr grosse Kopfgeschwulst. Daselbst zahlreiche Kratzeffekte, herrührend von Versuchen seitens der Hebamme, die pralle Blase zu sprengen.

Am 8. Tage bildete sich die Facialisparese zurück und am 30. XI. 1899 wurden Mutter und Kind vollkommen gesund aus der Anstalt entlassen

Auch hier hat das Promontorium bei einer völlig normalen, keineswegs schweren Entbindung die Schädelknochen gedrückt und ist wahrscheinlich in Folge dessen die Facialislähmung entstanden. Allerdings ist es auffallend, dass die nahe liegenden motorischen centra verschont geblieben sind.

Fall 8.

Von einem Fall der Facialislähmung bei einem Neugeborenen theilt Henoch (Vorlesungen über Kinderkrankheiten) mit: „Ich sah sie (die Facialislähmung) nur einmal bei einem 10jährigen Knaben, welcher ohne Kunsthülfe geboren worden und gleich nach der Geburt Paralyse des linken N. facialis dargeboten hat. Sämmtliche Zweige, auch die linke Hälfte des Gaumensegels waren gelähmt." — „Solche Fälle," fügt er weiter hinzu, „werden in der Literatur hie und da berichtet, doch sind ihre anatomischen Ursachen nicht genügend aufgeklärt.

Dieser Fall ist insofern interessant, dass die bei der Geburt entstandene Lähmung für immer bestehen blieb, was sehr selten vorkommt.

Fall 9.

Wie schon erwähnt, berichtet Dubois von einem Fall von Facialislähmung (citirt nach Gerhardt — Lehrbuch der Kinderkrankheiten): „Dubois theilte einen interessanten Fall mit. Hier war die Lähmung während des Geburtsactes bei dem Neugeborenen entstanden durch den Druck eines im Becken der Mutter befindlichen Osteoms.

Fall 10.

(Michaelis — Ueber die Geburt bei engem Becken. Beobachtung 32. Seite 298.)

Die Kreissende war eine 36jährige Ipara. Sie wollte zwar nicht rachitisch, aber schwächlich gewesen sein und habe erst mit 3 Jahren gehen gelernt. Die Abtastung und Messung des Beckens ergab folgendes: Die Kreuzbeinhöhlung schien gering zu sein und das Promontorium war scharf und spitz vorragend, Beckenmaass: D. B. — 7" 6"', Sp. — 10", Cr. — 10" 3"'. Troch. — 10" 9"', C. D. — 3" 10"', C. v. — 3" 3"'.

Den 2. September 1842 zeigte sich Wasserabgang. Den 3. September um 9 Uhr Morgens war der Muttermund zollweit geöffnet und der Kopf, schon allgemein mit einer Geschwulst bedeckt, stand auf dem Beckeneingange. Der Tag verlief unter unkräftigen Wehen. Den 4. September um 7 Uhr Morgens war der Kopf in die Scheide getreten, obgleich die Wehen unkräftig zu sein schienen. Um 9 Uhr wurde das Kind geboren. Der

Kopf des Kindes hatte im Längsdurchmesser 4" 8"', im Querdurchmesser 3" 9"'. Die Kopfgeschwulst war auf dem rechten Scheitelbeine. Auf dem linken Stirnbeine, dicht neben der Sutura coronalis zeigten sich zwei deutliche bläuliche Eindrücke vom Promontorium, sowie ein gleicher Eindruck auf dem linken Scheitelbeine dicht an der Sutura coronalis. Es zeigte sich eine Lähmung der rechten Gesichtshälfte, besonders erkennbar am M. orbicularis palpebrarum und an einer Schiefstellung des Mundes.

Merkwürdig war die starke Wirkung des engen Beckens auf den Kopf, ungeachtet anscheinend so unkräftiger Wehen. Doch habe ich öfter bedeutende Verletzungen des Kopfes gesehen, wo der Geburtsverlauf nichts ungewöhnliches vermuthen liess."

Diese Bemerkung von Michaelis wird vollständig bestätigt durch den oben erwähnten Fall 7, wo ungeachtet des völlig normalen Geburtsverlaufs dieselben Eindrücke mit derselben Localisation und mit denselben Folgen entstanden.

Von dem Verlauf der Facialislähmung in diesem letzten Falle wird nichts mitgetheilt.

Fall 11.

(Michaelis — Ueber die Geburt bei engem Becken. Beob. 54. S. 312.)

Die Kreissende ist eine völlig gesunde, 28 Jahre alte Erstgebärende. Die Messung ihres Beckens ergab folgendes: D. B. — 7" 4"', Sp. — 9" 4"', Cr. 10" 8"', Tr. — 11" 9"', Con. d. — 4" 1"', Con. v. — 3" 5"'.

Die Wehen waren gut. Um 9 Uhr Morgens desselben Tages, an dem sie eingeliefert wurde, war der Muttermund vollständig erweitert. Um 5 Uhr Nachmittags stand der Kopf quer im Beckeneingange. Um 7 Uhr Nachmittags wurde der Kopf, nachdem er lange im Beckenschneiden gestanden hatte, geboren. Die Kopfgeschwulst war rechts am Hinterhaupt zu sehen. Auf dem linken Stirnbeine, sowie auf dem Scheitelbeine fanden sich neben der Sutura coronalis kleine Eindrücke vom Promontorium. Der Kopf war etwas schief. Das neugeborene Kind konnte das linke Auge nicht schliessen und verzog den linken Mundwinkel. — Die Maasse des Kopfes waren: Umfang 14", der lange Durchmesser 5" 3"', der mittlere Durchmesser 4" 9"', der quere Durchmesser 3" 8"'.

In diesem Falle also waren gelähmt die Palpebralzweige des linken N. facialis und die Labialzweige des rechten N. facialis. Wenn wir die Lähmung des rechten Facialis auf die allerdings kleinen Eindrücke des linken Stirnbeines zurückführen, so bleibt doch die Frage offen, woher kommt die Lähmung der Palpebralzweige des linken N. facialis?

Im Gegensatz zu diesem Falle, wo die Lähmung als Folge kleiner Eindrücke der Schädelknochen erscheint, theilt Michaelis

einen Fall mit, wo die Eindrücke sehr gross und tief waren, und doch war keine Facialislähmung vorhanden.

Die Kreissende war eine 42 Jahre alte 13-gebärende. Sie hatte ein rachitisches Becken von einer Conjugata vera von 2" 10"'. Seit 4 Uhr Morgens des Aufnahmetages kräftige Wehen. Um $2^1/_2$ Nachmittags desselben Tages ist das Fruchtwasser abgegangen. Um 6 Uhr Nachmittags war der Muttermund vollständig erweitert. Der Kopf sand stark im Beckeneingange eingepresst. Nach kurzer Zeit wurde der Kopf geboren. Das linke Scheitelbein hatte vor dem Tuber parietale einen Eindruck, der ihm hier alle Wölbungen nahm, dennoch zeigte sich keine Lähmung am Kinde.

Dieser Fall beweist also, dass die Eindrücke, die in fast allen oben beschriebenen Fällen an der der Lähmung entgegengesetzten Seite des Schädels vorhanden waren, wenigstens nicht immer — und wenn auch sie tief sind — als Ursache der Facialislähmung angesehen werden können.

Fall 12.

(Litzmann — Die Geburt bei engem Becken.)

In dem Kapittel über den Einfluss des engen Beckens auf die Geburt (Seite 82) teilt Litzmann einen Fall mit, wo die Facialislähmung während der Geburt im Beckenendlage entstanden ist.

„Zum ersten Mal im Anfange dieses Semesters begegneten wir bei der Section eines Kindes neben mässigen meningealen Blutungen einem umfangreichen apoplectischen Herde in der Gehirnsubstanz, in dem die rechte Grosshirnhemnisphäre zum grössten Theile durch einen mindesten Kinderfaust grossen anscheinend von der Gegend des Streifenhügels oder der Fossa Sylvü ausgegangenen Bluterguss zertrümmert und auseinander gedrängt war. Bei der Geburt hatten ziemlich kräftige Wehen nicht vermocht den in nicht ganz günstiger Haltung vorliegenden Schädel in den Eingang des mässig beschränkten Beckens einzutreiben; erst 14 Stunden nach dem vorzeitigen Abflusse des Fruchtwassers hatte sich der Muttermund hinreichend erweitert, um die Wendung zu gestatten, nach welcher die Extraction an den Füssen ziemlich rasch und ohne auffällige Schwierigkeiten bewirkt wurde."

Das Kind, ein ausgetragener Junge, war tief scheintodt, wurde jedoch in einem warmen Bade wieder belebt. Der in den Nähten stark verschobene Schädel trug begrenzte Druckstellen sowohl vom Promontorium, als auch vom Seitenrande des Beckens an sich. Dabei bestand eine linksseitige Facialislähmung, offenbar centralen Ursprungs mit unbehindertem Lidschluss.

Am zweiten Tage wurde die bis dahin normale Respiration

unregelmässig und am folgenden Tage wurde das Kind todt im Bette gefunden.

Dieser Fall ist in vieler Hinsicht bemerkenswerth. Erstens weil dies der einzige Fall ist, wo die Lähmung des linken N. facialis ganz bestimmt durch die bei der Section festgestellte Zertrümmerung der rechten Grosshirnhemisphäre in Folge eines Blutergusses verursacht wurde. Zweitens ist merkwürdig, wie gross die Verletzungen des Schädelinhalts sowohl wie der Schädelknochen sein können, wenn die Wehen den Schädel bloss gegen die Beckenwandungen dauernd pressen, ohne im Stande zu sein, ihn durch das verengte, sogar mässig verengte Becken — wie in diesem Falle — zu treiben. Denn es ist doch kaum möglich, anzunehmen, dass diese Verletzungen während der Extraction des Kindes entstanden sind, schon aus dem Grunde, weil die Extraction ziemlich rasch und ohne Schwierigkeiten vor sich ging.

Fall 13.

(Lietzmann — Die Geburt bei engem Becken. S. 724.)

Eine kleine, blasse, mässig genährte Frau von 30 Jahren. Nach ihren Angaben hatte sie am Ende ihres ersten Lebensjahres zwar angefangen zu gehen, es aber infolge von Rachitis bald wieder verlernt und bis zum 7. Jahre meist liegend oder sitzend zugebracht und sich nur kriechend fortbewegt. Nach dieser Zeit wollte sie gesund gewesen sein. Die Menstruation war immer regelmässig, zum ersten Mal mit 18 Jahren. Die früheren zwei Geburten wurden durch den Kaiserschnitt beendet. Die Beckenmaasse waren wie folgt: Sp. — 24,4. Cr. — 24,4. D. B. — 16,3. C. D. — 6,6. C. v. — 4,3.

Bei der ersten Untersuchung war der Muttermund für 2 Finger durchgängig. Die Blase war gesprungen. Die Wehen waren kräftig.

Auch diesmal wurde die Frau durch den Kaiserschnitt entbunden.

Das Kind kam zur Welt tief asphyctisch. Es war ein Knabe von 3050 gr. Gewicht und 49 cm. Länge, also er trug an sich alle Zeichen der Reife. Der Umfang des Kopfes war 35,2. Der quere Durchmesser — 10,5 cm. Der gerade Duchmesser — 12,1 cm. Der schräge Durchmesser — 12,6 cm.

Gleich beim ersten Schrei hatte das Kind den Mund stark nach der rechten Seite verzogen, die linke Wange blieb dabei schlaff, die Nasolabialfurche verstrichen, der Lidschluss dagegen blieb intact, alles Erscheinungen, die mit Recht auf eine centrale, durch Hirnblutung bedingte Facialislähmung zurückgeführt wurden. Mit der Hirnblutung standen zweifellos wohl die tiefe Asphyxie des Kindes und die mit derselben verknüpfte Kreislaufstörung in einem ursächlichen Zusammenhange, wenn sie dieselben auch nicht erklärten. Der Schädel selbst war in keiner Weise mechanisch

insultirt, vielmehr unmittelbar, nachdem der Esmarch'sche Schlauch geschlossen wurde, mit voller Hand sanft gefasst und leicht aus der Uteruswunde herausgeleitet.

Die Lähmungserscheinungen hatten sich schon zu Anfang der dritten Woche bis auf eine mässige Verziehung des rechten Mundwinkels nach aussen verloren.

Auffallend waren mir bei der nachträglichen Einsicht des Protokolls die nicht unerheblichen Veränderungen des kindlichen Kopfdurchmesser in den ersten Lebenstagen: der quere Durchmesser hatte am zweiten Tage um 5 mm. abgenommen, der gerade beinah eben so viel gewonnen. Da, wie schon bemerkt wurde, den Schädel während der Operation kein mechanischer Insult getroffen hatte, so vermag ich mir diese späteren Formveränderungen nicht wohl zu erklären, wie sie in solchem Umfange sonst nur bei Kindern beobachtet werden, deren Köpfe unter der Geburt längere Zeit einem abnormen Druck seitens der Becken- oder Uteruswandungen ausgesetzt waren."

Ich habe mich für berechtigt gehalten diese 2 letzten Fälle zu denjenigen Fällen von Facialislähmung, die bei spontaner Geburt vorkommen, zu zählen, weil hier das ärztliche Eingreifen unmöglich im ursächlichem Zusammenhange mit der Lähmung gestanden haben konnte, wie es der Fall ist bei der Anlegung der Zange, besonders wenn die Operation von jungen noch wenig geschickten Aerzten ausgeführt wird, infolge von zu kräftigem Drücken der Zangenarme, oder beim Abgleiten der Zangenlöffel.

In dem Lehrbuche der Geburtshülfe von Olshausen und Veit werden auch 2 Fälle von Facialislähmung bei spontaner Geburt erwähnt:

In dem einen dieser Fälle stellte sich die Ursache bald heraus in einer schweren intra partum acquirirten Diphtheritis faucium et narium, welcher das Kind bald erlag.

In einem anderen Falle fehlte jede erkennbare Ursache.

Erwähnungswerth sind auch folgende 4 Fälle von Congenitaler Facialislähmung.

Fall 14.

Einen Fall von doppelseitiger Lähmung des N. facialis beschrieb Vernier. (Citirt nach Oppenheim — Lehrbuch der Nervenkrankheiten.) Die Lähmung entstand bei spontaner Geburt, in Steisslage. Die Blase ist vorzeitig gesprungen.

Fall 15.

Remark (Oppenheim — Lehrbuch der Nervenkrankheiten) beschrieb einen Fall von Facialislähmung bei spontaner Geburt, wo die Lähmung sich nur auf die Kinnmuskeln und Platysma beschränkte.

Fall 16.

(Jahrbücher der Medicin. B. 74. von Dr. Hoogeweg in Berlin.)

Eine 24jährige kräftige Erstgebärende gebahr ein im sogen. apoplektischen Scheintode befindliches Kind. Der ganze Körper desselben war blau, geschwollene Augenlider, Nabelschnur matt pulsirend. Der Kopf war in der Weise schief geschoben, dass die rechte Hälfte höher stand als die linke, und die Ränder der Pfeilnaht einen stumpfen Winkel mit einander bildeten. Das Kind mit der Placenta in Verbindung gelassen liess nach 20 Minuten langer Wiederbelebungsversuchen ein leises Wimmern vernehmen, und bei unvollkommener Respiration hörte man ein lautes Rasseln. Als die Gesichtsmuskeln agirten, erkannte man die motorische Lähmung der linken Gesichtshälfte an der Verziehung des Mundwinkels nach rechts, an dem herabhängendem linken Nasenflügel und offen stehendem linken Auge, die Zunge schien sich nach links zu richten, ihre rechte Hälfte hatte den doppelten Umfang wie die linke, die Venennetze unter der rechten Hälfte waren reichlicher gefüllt, die Schlingbewegungen waren aber ohne Störung. Nadelstiche in die gelähmte Gesichtshälfte verursachten keine Empfindung. Die Lähmung der sensibler Fasern des Trigeminus bestand 6 Tage, während die der motorischen länger anhielt. Ausserdem waren auf der Höhe des Kopfes und am Halse leichte Verletzungen.

12 Tage wurden kalte Umschläge über den Kopf gemacht, während welcher Zeit die Form des Kopfes sich ziemlich ausgeglichen hatte, doch blieb die rechte Seite etwas höher. Die Temperatur dieser Theile war normal, die Empfindlichkeit der linken Gesichtsseite hergestellt, die äusseren Verletzungen geheilt, die Facialislähmung sprach sich noch nur in den Zweigen des Mundes aus, doch blieb die rechte Zungenhälfte dicker als die linke.

„Die Ursache dieser Lähmung muss innerhalb der Schädelhöhe gesucht werden, also ein Blutextravasat, welches den N. facialis und N. trigeminus bei ihrem Austritt aus dem Gehirne ladirte und wahrscheinlich bei der dauernden Schiefheit des Kopfes in der rechten Kopfseite seinen Sitz hatte. Wahrscheinlich erstreckte es sich auch auf die Medulla oblongata, denn das laute Kasselgeräusch, was zwar bei Neugeborenen häufig vorkommt und einer Ueberfüllung der Bronchien mit Schleim zugeschrieben wird, konnte ebenso gut von einem Lungenödem, abhängig von einer Circulationsstorung, herrühren, zumal die Kurzathmigkeit des Kindes sehr lange anhielt."

Fall 17.

(Jahrbücher der Medizin. B. 218. Bericht von P. I. Möbius.)

Ein 50jähriger Mann kam wegen einer Bleilähmung in die

Leipziger Universitätspoliklinik zur Behandlung. Dieser Kranke, dessen Bleilähmung hier weiter nicht in Betracht kommt, bot nun ausser Schwimmhautbildung zwischen dem 2. und 3. Finger der rechten Hand folgende Abnormitäten dar. Fast alle von dem N. facialis versorgten Muskeln beider Gesichtshälften waren gelähmt. Die Augen waren weit geöffnet, die Bindehaut an den unteren Lidern gewulstet, die Wangen schlaff, eingesunken, der Mund in die Breite gezogen und halb geöffnet, die Unterlippe herabgesunken. Die Stirn war ganz bewegungslos, beim Sprechen bewegte sich nur der linke Mundwinkel etwas nach aussen, die Lippenbuchstaben wurden schlecht ausgesprochen. Die elektrische Untersuchung ergab, dass die Erregbarkeit durch faradische oder continuirlicher Ströme in den meisten Facialismuskeln erloschen war, nur die den Mundwinkel nach aussen und unten ziehenden Muskeln reagirten noch etwas. Dagegen waren die Mm. Masseter und Buccinator gut erregbar, auch an Zunge und Gaumen war nichts Auffälliges zu bemerken.

Ausserdem fand sich bei dem Kranken eine doppelseitige Abducens-Lähmung.

Die Bewegungslosigkeit des Gesichts war, wie sich nachträglich ermitteln liess, schon in den ersten Lebenstagen aufgefallen, nachdem die Geburt des Kindes sehr lange gedauert und durch Kunsthülfe beendet worden war.*)

Auch Alfr. Graefe berichtete über einen Fall, wo neben einer doppelseitigen Abducenslähmung eine rechtsseitige Facialisparese bestand.

Fall 18.

(Jahrbücher der Medizin. B. 225. Uebersicht von Dr. Schapringer — New-York.)

Bei einem 8jährigen Mädchen bestand eine doppelseitige Facialislähmung, nur der rechte Mundwinkel konnte nach unten und aussen gezogen werden. Es war beiderseits Epiconthus vorhanden. Beim ruhigen Sehen waren die Augenaxen parallel, oder das rechte Auge wich etwas nach oben ab. Nach oben und unten konnte das Kind gut blicken. . . . . Die Zunge wich ein wenig nach links ab und schien weniger beweglich als bei gesunden Kindern zu sein. Die Kleine gab an, sie könne harte Sachen nicht gut kauen. Sie vermochte den Unterkiefer nur nach rechts, nicht nach links seitlich zu bewegen. Es bestand Uvula bifida.

Verfasser vermuthet ein Fehler der Abducenskerne und rechnet den Fall mit Recht zu den von A. Graefe und Moebius beschriebenen angeborenen Facialis-Abducenslähmungen.

*) Ich erwähne diesen Fall hier, weil kein Grund vorliegt, die Lähmung als Folge der Kunsthülfe zu betrachten.

Fall 19.

(Jahrbücher der Medizin. B. 235. Bericht von Prof. Schulze.)

Bei dem 4jährigen Kinde gesunder Eltern, das 4 gesunde Geschwister hatte, bestand seit der Geburt eine Lähmung der linken Hälfte des Gesichts. Die linke Pupille war etwas weiter als die rechte. Beim Sehen nach links kamen einzelne zuckende Bewegungen, besonders im linken Auge, weniger im rechten zu Stande, beim Sehen nach rechts dergleichen und zwar dann im rechten Auge stärker als im linken. Also ein geringer Nistagmus. Die Zunge wich beim Herausstrecken ein wenig nach links ab. Anderweitige Störungen bestanden nicht. Auch in diesem Falle liegt die Vermuthung einer Kernläsion nahe.

Fall 20.

(Jahrbücher der Medicin. B. 260. Bericht von Thomas.)

Thomas hat die interressante Beobachtung gemacht, dass 2 Brüder angeborene doppelseitige Facialislähmung ohne Augen muskelstörungen hatten.

Eine Verwandte der Mutter hatt ein einarmiges Kind geboren, die Mutter ein Kind mit verkrüppeltem Fusse. Die Mutter gab an, sie sei in der ersten Schwangerschaft über einen Prediger mit unbeweglichem Gesichte erschrocken. In der zweiten Schwangerschaft sei sie voll Angst gewesen, das zweite Kind möchte dem ersten gleichen. In der Folge war freilich die Angst folgenlos, denn weitere 3 Söhne und eine Tochter waren normal.

Der älteste Sohn war 21, der zweite 19 Jahre alt.

Bei beiden war bald nach der ohne Kunsthülfe beendeten Geburt die Gesichtslähmung bemerkt worden. Die Kinder hatten mit der Zunge gesaugt. Später bestand Sprachstörung. Der jüngere Patient konnte die Mundwinkel nach aussen ziehen. Beide waren schwerhörig.

Der Verfasser glaubt, dass bei seinen Kranken der Facialiskern verkümmert sei.

Diese letzten Fälle sind insofern bemerkenswert, dass hier die Geburtslähmung doppelseitig war und dass sie die Vermuthung von Möbius bestätigen, der die Facialislähmung, wo keine andere Ursache vorliegt auf einen congenitalen Kernschwund zurückführt.

Wenn wir in Betracht ziehen, dass unter 33,003 Geburten. die in der Geburtshülflichen Anstalt der königlichen Charitè während eines Zeitraumes von 24 Jahren (1874 — 1898) stattfanden, nur 7 Fälle von Facialislähmung bei spontaner Geburt vorkamen, so sehen wir, dass diese Geburtslähmung ein wirklich seltenes Ereigniss ist: 1 Fall von Facialislähmung kommt auf ungefähr 5000 Geburten vor.

Fassen wir die oben mitgetheilten 22 Fälle zusammen, so sehen wir folgendes:

1. In 16 Fällen war die Lähmung einseitig, 5 inFällen

doppelseitig und in einem Falle war die Lähmung nur auf das Platysma und auf die Kinnmuskeln beschränkt.

2. In 7 Fällen erfolgte die Geburt bei verschiedenartig verengtem Becken. (In den meisten Fällen sind leider die Beckenmaasse nicht angegeben.)

3. In 2 Fällen erfolgte die Geburt in Beckenendlage (dabei war die Lähmung einmal einseitig und einmal doppelseitig); in einem Falle wurde die Kreissende durch sectio cesarea entbunden, in den übrigen Fällen haben wir es mit Schädellagen zu thun.

4. Was die Ursachen der Lähmung betrifft, so ist dieselbe vorgekommen: a) in 7 Fällen im Anschluss an Eindrücken der Schädelknochen der entgegengesetzten Seite, entstanden meistens durch Druck des Promontoriums und in einem Falle durch den Druck eines Osteoms im Becken der Mutter. Diese Eindrücke der Schädelknochen übten wahrscheinlich einen Druck auf den Facialiskern aus, der zur Facialisparese führte. b) In 4 Fällen ist wohl mit Sicherheit Blutergüsse im Gehirn als Ursache der Lähmung anzunehmen. c) In einem Falle ist festgestellt worden, dass die Lähmung eine Folge der intra partum acquirirter Diphtheritis faucium et narium. d) In 5 Fällen ist ein Fehler oder eine Verletzung des Facialiskerns zu vermuthen (in 3 dieser Fälle war auch der Abducens gelähmt.) e) In den übrigen 5 Fällen blieb die Ursache der Lähmung völlig unklar.

5. In 3 Fällen der einseitigen Lähmung des N. facialis und in 5 Fällen der doppelseitigen Lähmung blieb die letzte bestehen, in allen übrigen bildete sie sich ziemlich bald, nach 3 — 6 — 8 Tagen, zurück.

II. Facialislähmung bei Zangeanlegung.

Im Anschlusse an den Fällen von Facialislähmung bei spontaner Geburt halte ich es für angebracht, auch diejenigen bei Zangeanlegung anzuführen.

Fall 1.

(Aus der Königlichen Charité.)

In einem Falle von den 19 Zangengeburten, die im Jahre 1875 in der Geburtshilflichen Anstalt der Königlichen Charitè stattgefunden haben, ist durch Compression der Zange eine rechtsseitige Facialislähmung bei dem Neugeborenen festgestellt worden. Die Lähmung verschwand nach einigen Tagen.

Fall 2.

(Bericht aus der Geburtshilflichen Anstalt der Königl. Charité.)

Gleich nach der Entbindung mittelst Zange wurde eine Parese des linken N. facialis bemerkt, die auf den Druck des Zangen-

löffels zurückgeführt werden muss. Nach 8 Tagen konnte nichts mehr von der Lähmung bemerkt werden.

Fall 3.

(Bericht aus der G. A. der K. Ch.)

Bei einer Geburt mit schwerer Zangenextraction entstand eine Facialisparalyse. Die Lähmung heilte nicht; am 11. Tage war die faradische Erregbarkeit der gelähmten Muskeln erloschen, die galvanische bedeutend herabgesetzt. Keine Entartungsreaction. Der weitere Verlauf wurde durch den Tod des Kindes abgeschnitten.

Fall 4.

(Bericht aus der G. A. der K. Ch.)

Die Kreissende war eine 25jährige I-para. Die Beckenmaasse waren: D. sp. — 25, D. Cr. — 27,5, D. Tr. — 30, Con. ex. — 17,5, Con. d. — 10.

Der Blasensprung erfolgte vor 3 Tagen. Beginn der Wehen vor 2 Tagen. Seit 24 Stunden Meconiumabgang. Herztöne gut. Secundäre Wehenschwäche; grosse Ermattung. Nach einiger Zeit beträchtliche Ausziehung des unteren Uterinsegments. Die Untersuchung der Kreissenden ergab, dass ein grosser Theil im Fundus Uteri war, daneben und nach rechts kleine Theile; der zweite grosse Theil, der Kopf, stand in der Beckenweite; die Kopfgeschwulst war sehr gross. Man glaubte, die Perforation vornehmen zu müssen, versuchte aber vor derselben die Zange anzulegen. Mit grosser Mühe ist die Extraction gelungen. Das Kind kam zur Welt tief asphyctisch. Es war ausgetragen: von 51 cm Länge und 3000 gr Gewicht. Ueber dem rechten Auge, am rechten Stirnbeine, am linken Stirnbeine, am linken Scheitelbeine und am rechten Processus mastoideus waren Druckmarken zu sehen. Der rechte N. facialis war gelähmt. Die Lähmung blieb stehen. Die Druckstellen verheilten schnell.

Fall 5.

(Bericht aus der G. A. der K. Ch.)

Die Kreissende war eine 17jährige I-para. Die Beckenmaasse waren: D. Sp. — 27, D. Cr. — 28, D. Tr. — 32, Conj. ext. — 20, Querdurchmesser des Beckenausganges — 8 cm.

Der in 2. Schädellage normaler Weise tiefgetretene Kopf wurde im Beckenausgange trotz kräftiger Wehen über 4 Stunden lang aufgehalten. Es wurde die Zange angelegt, welche nach 25 Minuten lang angestrengten Ziehens ein stark asphyctisches, wiederbelebtes Kind zu Tage förderte. Das Kind, ein Knabe, war 55 cm lang und 3330 gr schwer. Geringe Facialisparese, die nach 3 Tagen verschwand.

Fall 6.

(Bericht aus der G. A. der K. Ch.)

Durch Compression des Zangenlöffels entstand eine Facialisparese, die in 4 Tagen verschwand.

Fall 7. u. 8.

(Bericht aus der G. A. der K. Ch. 1886.)

Bei Zangenextraction wurde 2 Mal die Lähmung des rechten N. facialis wahrgenommen; in beiden Fällen bildete dieselbe sich in wenigen Tagen zurück.

Fall 9, 10 und 11.

(Bericht aus der G. A. der K. Ch.)

9. Die Kreissende war eine 33jährige I-para. Die Beckenmaasse waren: D. Sp. 22,5, D. Cr. 24,5, D. Tr. 27,5, Conj. ext. 19, Conj. diag. 11,5.

Das Becken war also allgemein verengt. Nach 50stündigem Kreissen wurde wegen Ausziehungserscheinungen die Zange angelegt. Das Kind kam zur Welt tief asphyctisch; es wurde wiederbelebt. Länge des Kindes war 49,5 cm. Gewicht — 2780 gr. Es stellte sich eine linksseitige Facialisparese heraus.

10 u. 11. Ausserdem kamen noch 2 Fälle von Facialisparese in diesem Jahre vor.

In allen 3 Fällen verschwand die Lähmung binnen wenigen Tagen.

Fall 12.

(Bericht aus der K. Ch. 1892.)

In diesem Jahre kam unter 54 Zangenextractionen 1 Fall von Facialislähmung vor.

Leider sind über den Verlauf der Lähmung keine genaueren Angaben gemacht worden.

Fall 13.

(Bericht aus der G. A. der K. Ch. 1893.)

Die Kreissende war eine 20 Jahre alte I-para. Sie hatte, wie die Beckenmessung ergab, ein einfach plattes Becken: D. Sp. — 25, D. Cr. — 27,5, D. Tr. — 31,5, Conj. ext. — 17,5.

Nach viertägigem Kreissen wurde wegen Sinkens der kindlichen Herztöne die Achsenzange angelegt und nach kurzer Zeit ein stark asphyctisches Kind entwickelt. Das Kind, ein Knabe von 54 cm Länge und 3490 gr Gewicht, wurde bald wiederbelebt, doch starb es am 9. Tage an Bronchopneumonie und Blutung ins Kleinhirn.

Nach seiner Geburt wurde eine Druckfurche am linken Scheitelbeine und eine linksseitige Facialislähmung bemerkt.

Fall 14.

(Bericht aus der G. A. der K. Ch.)

Die Kreissende war eine 32 Jahre alte I-para. Die Beckenmessung ergab folgendes: D. Sp. — 24, D. Cr. — 25, D. Tr. — 26, Conj. ext. — 17, Conj. d. — 9,5.

Man hatte es also mit einem allgemein verengten platten Becken zu thun. — Nach dreitägigem Kreissen trat der Kopf in Beckenausgang. Wegen schlechter Beschaffenheit der kindlichen Herztöne wurde die Zange angelegt und ein Knabe von 50 cm Länge und 2710 gr Gewicht lebend zu Tage befördert. Gleich nach der Geburt bemerkte man eine linksseitige Facialislähmung, die in wenigen Tagen verschwand.

Fall 15 u. 16.

(Bericht aus der G. A. der K. Ch. 1894.)

In diesem Jahre kamen unter 74 Zangenextractionen 2 Fälle von Facialislähmung vor. In einem dieser Fälle hat noch ein Bluterguss in die rechte vordere Augenkammer stattgefunden.

Fall 17.

(Bericht aus der G. A. der K. Ch. 1896.)

In einem Falle unter 40 zeigte sich nach der Zangenextraction bei engem Becken eine rechtsseitige Facialislähmung, die sich nach 3 Tagen vollständig zurückgebildet hatte.

Fall 18 bis 25.

(Bericht aus der G. A. der K. Ch. 1897.)

Die Kreissende war eine 24 Jahre alte I-para mit normalem Becken. Die Untersuchung ergab eine I-Schädellage. Als der Kopf im Beckenausgange stand, wurde wegen Sinkens der kindlichen Herztöne die Zange angelegt. Das Kind, ein Mädchen von 49,5 cm Länge und 2720 gr Gewicht zeigte deutliche Lähmung des linken N. facialis, welche am 12 Tage nur noch angedeutet war. In den andern 7 Fällen, über die ich leider keine genauen Angaben gefunden habe, verschwand die Lähmung nach 3—6 Tagen.

Fall 26.

Aus der Geburtshülflich-gynäkologischen Poliklinik der Königl, Charité. (Citirt aus dem Aufsatz des Herrn Professor Dr. Nagel (damas Assistentarzt der Poliklinik) im Archiv für Gynäkologie B. 39 v. 44. „Erfahrungen über die Anwendung der Achsenzange.)

Frau Schimanowski. 40-jährige III-para. Erste Geburt — normal. Zweite Geburt: Fusslage mit Nabelschnurvorfall. Kind todt. Die mittelgrosse gut gebaute Frau hatte die letzte Regel Ende Juli gehabt. Regelmässige Wehen begannen am 22 Mai 1890 Abends und waren während der Nacht nicht besonders kräftig. Am 23 Mai, früh 2 Uhr wurde unsere Hülfe in Anspruch

genommen, um 5 Uhr Morgens sprang die Blase. Es war ein starker Hängebauch vorhanden, durch entsprechende Lagerung trat der Kopf in die Beckenenge ein; Wehen regelmässig, aber vorwiegend schwach, und mit langen Zwischenräumen, nur zeitweise kräftiger. Am 23 Mai Nachmittags untersuchte ich die Kreissende: I Schädellage, Kopf mit seinem grössten Theile oberhalb des Beckeneingangs, Herztöne am deutlichsten links vom Nabel, 130 — 132, kräftig. Temp. — 37,2. Puls — 74.

Beckenmaasse: D. S. — 27. D. C. — 30. C. ext. — 18,5 C. d. — 10,5.

Muttermund fünfmarkstückgross. Kopf fest auf dem Beckeneingange, mit einem kleinen Abschnitte in die Beckenhöhle hineinragend, in der Nähe des Promontoriums die kleine Fontanelle. Ständige Schmerzen und wenig Schlaf in der vorhergehenden Nacht, deswegen kurze leichte Narkose, um hiermit neue Kraft zu besserer Geburtsarbeit zu gewinnen. Abend 8 Uhr: Temp. — 37,8. Puls — 88. Wehen nicht gebessert und noch immer andauernde Schmerzen im Leibe. Kopf nicht tiefer gerückt. Temp. blieb unter 38. Puls 84 — 86. 24 Mai Vormittags 10 Uhr: die Kreissende sehr erschöpft und klagt über ständige Schmerzen im Leibe, ab und zu Erbrechen. Ein Contractionsring nicht mit Bestimmtheit nachzuweisen, jedoch das untere Uterinsegment ausgezogen, in dem das Kind, im Besonderem der Kopf durchzufühlen war, derselbe mit seinem grössten Theile noch immer oberhalb des Beckeneinganges. Herztöne seit kurzer Zeit frequenter geworden, 150, dampf. Promontorium noch immer leicht zu erreichen Kopf mit einem kleinen Abschnitte fest im Beckeneingange, die inzwischen gebildete Kopfgeschwulst verhindert eine genauere Diagnose zu stellen. Muttermund handtellergross, beim Hochgehen mit dem Finger neben dem Kopfe fliesst missfarbige Fruchtwasser in geringer Menge ab. Irgend eine dringende Gefahr lag keineswegs vor, da aber seit etwa 30 Stunden die Geburt keine Fortschritte gemacht hatte und auf eine weitere Mithülfe von Seiten der sehr erschöpften, unter den dürftigsten Verhältnissen lebenden Frau nicht zu rechnen war, entschloss ich mich zu Beendigung der Geburt, zumal der kinderlose 60jährige Ehemann dringend ein lebendes Kind wünschte. Der geringe Grad der Beckenverengung und die geringe Asphyxie des Kindes liessen auf einen glücklichen Ausgang hoffen, obwohl das Kind anscheinend gross war. Die Simpson'sche Axenzugzange wird in üblicher Weise unter Einführung der ganzen Hand in die Scheide im queren Durchmesser des Beckeneinganges angelegt; dieselbe liegt gut. Nach 3 — 4 mit voller Kraft ausgeführten Tractionen folgt der Kopf und bei der sechsten oder siebenten Traction gleitet er mit einem deutlich hörbaren und fühlbaren Rucke vollends durch die Beckenenge und wird in üblicher Weise über den Damm entwickelt. Das Kind, wenig

asphyctisch, schreit alsbald kräftig. Nachgeburt folgt leicht auf das Crede'sche Verfahren; anscheinend ist die Frau unverletzt.

Ein kräftiger Knabe, Länge von 56, Kopfumfang von 37 cm, bitemporaler Durchmesser - 9; biparietaler — 10,5; fronto -- occipitaler — 12 5; mento — occopitaler — 13,5 cm. Am linken Os parietale, in der Nähe der kleinen Fontanelle, eine kreisrunde, fünfzigpfennigstückgrosse in der Mitte blauschwarze Druckmarke vom Promontorium. Am linken Os frontale, etwas seitlich, eine etwa markstückgrosse, löffelförmige Impression, über welcher die Haut an zwei Stellen eingerissen ist. Der linke Augapfel zeigt einen subconjunctivalen Bluterguss, welcher nach der Geburt noch zunahm, es besteht ausserdem eine linksseitige Facialisparalyse. Der rechte Löffel lag mit seiner vorderen Rundung am rechten Os frontale bis zu zwei Querfinger von der Orbita. Der linke Löffel lag über dem linken Ohre bis auf den Hals, an den genannten Stellen befanden sich deutlich Druckmarken. Am dritten Tage des Wochenbettes starke Schmerzen im rechten Oberschenkel. Die Frau wurde in die Charité übergeführt. Normales Wochenbett; wurde mit ihrem Kinde nach 3 Wochen gesund entlassen.

Fall 27.

(A. f. Gynäkologie B. 39.)

Frau Bernau. 26jährige II-para, Die erste Geburt wurde vor 2 Jahren mittels Perforation beendet, nachdem mehrere vergebliche Zangenversuche vorausgegangen waren. Die Wehen hatten am 7 Juli 1890 Morgens begonnen, gleichzeitig floss das Fruchtwasser ab, die Wehen sollen zeitweise kräftig gewesen sein. Unsere Hülfe wurde am 8. Juli Nachmittags in Anspruch genommen. Ungewöhnlich gut genährte kleine Kreissende. Temp. — 38,1. Puls — 115. Wegen des ausserordentlich starken Fettpolsters ist es unmöglich, ein bestimmtes Urtheil über die Beschaffenheit des Uterus und der Kindslage zu bilden. Herztöne in der Mittellinie zu hören. Beckenmessung: D. S. — 24, D. C. — 27, C. ext. — 20, G. d. — 10 (gemessen nach der Geburt*).

Innere Untersuchung: Kleines Becken leer, Promontorium leicht zu erreichen. Kopf nur mit einem kleineren Theile durch die Beckenenge geschritten, der grossen Kopfgeschwulst wegen ist eine genaue Diagnose der Kopflage nicht möglich. Muttermund fast vollkommen erweitert. — Abends 8 Uhr: Temp. — 38,2. Puls 130. Herztöne wie vorhin. Kopf noch immer mit seinem grösseren Abschnitte oberhalb des Beckeneingangs. Anlegung der Simpson'sche Achenzugzange im queren Durchmesser Die Zange hat den Kopf gut gefasst. Nach einigen mit voller Kraft ausgeführten Tractionen folgt der Kopf und gleitet unter einem hörbaren Rucke vollends durch die Beckenenge. Zange wird im Schlosse gelockert und die Löffel höher hinaufgeschoben, weil dieselben ein wenig gerutscht waren. Durch weitere Tractionen

wird der Kopf geboren, erst beim Durchschneiden dreht er sich und zwar mit dem Gesichte nach links; der Rumpf wird aber mit Rücken nach links, also nach Art der ersten Schädellage geboren. Es hat also eine fehlerhafte Richtung der Schultern zum Halse bestanden. Kind leicht asphyctisch, bald wieder belebt, schreit kräftig. Nachgeburt folgte leicht. — Der kräftige Knabe ist 50 cm lang. Kopfumfang 36 cm.; bitemporaler Durchmesser — 8, biporietaler — 10; fronto-occipitaler 12, mento-occipitaler 15 cm. Am rechten Os parietale, drei Querfinger von der Pfeilnaht, etwas hinter der Verbindungslinie zwischen beiden Ohren eine kreisrunde marksstückgrosse in der Mitte blauschwarze Druckmarke vom Promontorium. Eine muldenförmige Impression am rechten Os frontale. Der rechte Löffel lag über und hinter dem rechten Ohre bis auf den Hals. Rechtsseitige Facialisparalyse. Mutter starb am 8. Tage in Folge einer septischen Infection. Kind gedieh gut.

Fall 28.

(A. f. G. B. 44.)

Frühere Geburten verliefen ohne Kunsthülfe; letzte Menses Mitte Februar 1891. Blase am 3. 12. 91. Morgens 4 Uhr gesprugen; zeitweise gute Wehen, ohne das der Kopf ins Becken trat. Unsere Hülfe wurde über 24 Stunden nach dem Blasensprunge in Anspruch genommen, ich sah die gut genährte mittelgrose Kreissende, welche zwei Nächte nicht geschlafen hatte und über ständige Schmerzen klagte, am 4. 12. Mittags. Leib gespannt; Kindestheile schwer durchzufühlen. Herztone 140, regelmässig kräftig, etwas rechts von der Mittellinie. Temp. — 37,5. Puls — 80. D. S. — 25. D. C. — 29. C. ext. — 19,5.

Das kleine Becken war leer; der Kopf mit einem kleinem Abschnitte, etwa $^1/_4$ seines Umfanges, durch den Beckeneingang getreten. Nähte und Fontanellen wegen der grossen Kopfgeschwulst nicht durchzufühlen. Muttermund über fünfmarkstückgross; Promontorium hinter dem eingetretenen Theil des Kopfes zu errreichen. — Abends 7 Uhr: Wehen den ganzen Nachmittag kräftig, ohne die Geburt wesentlich gefördert zu haben. Temp. — 38.5. Puls 120. Contractionsring 4 Querfinger unterhalb des Nabels. Kindliche Herztöne 140, kräftig. Wie in der Narkose bimanuell festzustellen war, stand noch etwa $^3/_4$ des Kopfes oberhalb des Beckeneinganges. Muttermund handtellergross; Promontorium hinter dem eingetretenen Abschnitte des Kopfes zu erreichen. Ich legte die Simpson'sche Achenzugzange im queren Durchmesser an. 4 Mal begann die Zange während der Tractionen abzugleiten und musste auf's Neue angelegt werden; sobald der Kopf gut gefasst war, wurde er vollends in die Beckenweite gezogen; die vorgefallene vordere Vaginalwand während der Tractionen zurückgeschoben; da die Orbitalränder und der Nasenrücken vorn hinter der Symphyse zu fühlen waren, so wurde zuerst das Vorderhaupt weiter

herabgezogen, dann das Hinterhaupt über den Damm entwickelt; Rumpf mit dem Rücken nach links geboren. Das gut entwickelte Mädchen war leicht asphyctisch, wurde bald zum Schreien gebracht, es hatte eine Länge von 52½ cm. Kopfumpfang 36½; bitemporaler Durchmesser 7½, biparietaler 0; fronto-occipitaler 11½, mento-occipitaler 13 cm. Bogenförmige Marke vom linken Zangenlöffel rechts seitlich am Halse und vor dem rechten Ohre, woselbst Sugillationen. Rechter Löffel über dem linken Ohre, linksseitige Facialisparalyse. Kopfgeschwulst auf dem rechten Os parietale. Wochenbett ohne Störungen.

Die Achsenzugzange begünstigt, wie man es auf Grund der von Herrn Professor Dr. Nagel gemachten Beobachtungen zu schliessen berechtigt ist, die Entstehung der Facialisparalyse, obwohl sie nicht die Haupt- oder sogar die alleinige Ursache der Lähmung des N. facialis ist: „Bei 13 von den mittels Simpson's Achsenzugzange — und bei tief stehendem Kopfe — entwickelten 45 Kindern konnte ich eine Facialisparalyse (8 Mal eine linksseitige, 5 Mal eine rechtsseitige) feststellen, während unter 60 Fällen, wo sich die Geburt mittels der gewöhnlichen Zange beendete, nur 3 Mal eine solche Verletzung bestand".

(Nagel Baobachtungen über die Anwendung der Achsenzugzange. A. f. G. B. 44.)

Fall 29.

(Michaelis — Ueber die Geburt bei engem Becken.)

„Eine 23 Jahre alte I-para hatte in der Jugend Rachitis und lernte erst im 4. Jahre gehen. Sie war von mittlerer Statur, sehr blühenden Aussehens und hatte ein einfach verengtes Becken von 3" 4"' Conjugata.

„Die Geburt begann den 5. Mai 1838, 2 Uhr Morgens mit schwachen Wehen und hochstehendem Kopfe. 36 Stunden nach den ersten Wehen sprang die Fruchtblase bei zollweit geöffnetem Muttermunde. Dieser war sehr dick und straff und öffnete sich bei sehr schmerzhaften Wehen nun auch, doch sehr langsam. Die Gebärmutter erschien fast immer gespannt, der Puls war rasch und voll. Ein Aderlass von 16 Unzen und Opiumtinctur in steigender Gabe von 5 – 10 Tropfen zweistündlich gegeben, im Ganzen 45 Tropfen, bewirkten allmählich eine Eröffnung des Muttermundes von 3 Zoll.

„Indessen hatte die Geburt schon gegen 70 Stunden gedauert, der Muttermund fing an Einrisse zu bekommen, der Kopf des Kindes aber, welcher in 2. Schädelstellung früher auf dem Becken gefühlt war, rückte nicht weiter und war mit einer grossen Kopfgeschwulst bedeckt. Die Gebärende war sehr angegriffen es ging Kindpech ab, doch zeigte das Stethoskop noch einen matten, langsamen Herzschlag. . . . .

„Die Zange wurde im ersten schrägen Durchmesser angelegt und fasste den Kopf gleich an den Seiten, indem sie ihn wahr-

scheinlich vom queren in den graden Durchmesser stellte. Nach 3 mässigen Tractionen glitt der Kopf plötzlich in das Becken und wurde in 20 Minuten, nachdem die Zange abgenommen war, geboren. Das Kind, ein Mädchen von 7½ Pf. Gewicht und 19" Länge, athmete zuerst stossweise, dann aber regelmässig.

„Nach der Geburt wurde die Conjugata Diagonalis gemessen und knapp zu 4" gefunden. Der Muttermund war an beiden Seiten, rechts selbst über die Portio vaginalis eingerissen.

„Das Kind zeigte mannigfache Spuren erlittenen Druckes:

„Erstlich war die linke Seite des Gesichts gelähmt, wahrscheinlich — und dies ist die gewöhnliche Ursache — vom Druck der Zange auf den N. facialis, obgleich die Spuren des Zangendruckes auf der linken Backe und der rechten Schläfe nur durch eine unbedeutende Verletzung der Oberhaut sich bemerklich machten.

„Zweitens hatte das Kind auf dem vorderen oberen Winkel des rechten Scheitelbeines, dicht neben der grossen Fontanelle eine Druckstelle der Haut von ½ Zoll Durchmesser, die fast sphazelirt war, sich später auch wirklich abstiess. Hier hatte ohne Zweifel das Promontorium seit dem Blasensprunge gestanden und der Kopf demnach die gewöhnliche Stellung bei rachitischem Becken, Querstellung mit seitlichem Eintritt gehabt. — Indessen stellte die schräg angelegte Zange den Kopf gewaltsam in gerade Richtung und trieb das rechte Stirnbein gegen das Promontorium an, wodurch ein tiefer Eindruck des Os frontis zwischen Tuber und grosser Fontanelle entstanden war. Derselbe war einen Quadratzoll gross, so tief wie ein Theelöffel, die Haut in demselben ohne Rothe, Geschwulst oder Verletzung.

„Das Kind verliess mit der gesunden Mutter am 15. Tage nach der Geburt die Anstalt. Die Lähmung hatte sich verloren, der Eindruck war unverändert, die Wunde auf dem Scheitelbeine eiterte, im Uebrigen befand sich das Kind wohl.

„Jetzt ist das Kind völlig gesund und intelligent, hat auch nie an krampfhaften Beschwerden gelitten. Die Stirn ist etwas schief, der rechte Stirnhöcker flach."

Fall 30.

(Litzmann — Die Geburt bei engem Becken.)

Die Kreissende war eine 26 Jahre alte I-para von mitlerer Grösse und anscheinend regelmässigem Wuchse. Die letzte Regel hatte sie Anfang April 1853. Sie wusste nicht, wann sie gehen gelernt hatte. Am 8. Januar 9 Uhr Morgens bekam sie starke Wehen. Die Untersuchung ergab folgendes: die Beckenmaasse waren: D. S. — 28,6. D. C. — 29,8. C. D. — 11,5. C. v. — 9,0.

Um 11 Vormittag's des 8 Januars erfolgte der Blasensprung. Der Kopf stand im Beckeneingange.

Um 4 Uhr Morgens des 9 Januars war der Muttermund fast

vollständig erweitert. Der Kopf staud noch immer unverändert. Um 9½ Uhr Vormittags desselben Tages war der Kopf in die Beckenhöhle getreten. Nun wurde die Zange angelegt und es wurde ein kräftiger Knabe entwickelt. Die rechte Schädelseite trug ziemlich starke Druckspuren vom Promontorium. Das rechte Scheitelbein war abgeflacht und niedergedrückt, das Tuber derselben stand um 4 — 5 mm. tiefer, als das der anderen Seite. Auf seinem vorderen oberen Winkel sah man nahe der grossen Fontanelle etwa 1½ cm. von der Pfeilnaht entfernt und dieser paralell einen schorfigen Streifen, ein zweiter, schwächerer begann etwas weiter nach aussen, nahe am Coronalrande des rechten Stirnbeins, und verlief von da schräg gegen den äusseren Augenwinkel hin. Die Spitze des linken Zangenlöffels hatte auf der linken Wange eine breite rothe Spur zurückgelassen. Die linke Gesichtshälfte war gelähmt.

10 Tage später, als das Kind zum letzten Male in der Anstalt vorgestellt wurde, war die beträchtlich verkleinerte Wunde der Heilung nahe, die Facialislähmung fast verschwunden.

Fall 31.

(Litzmann — Die Geburt bei engem Becken.)

Eine 27 Jahre alte, kaum mittelgrosse, ziemlich gut ernährte II- para. Die erste Geburt ist normal verlaufen. Die Kreissende konnte nicht angeben, wann sie gehen gelernt hatte. Die Untersuchung des Beckens liess auf überstandene Rachitis schlissen. Bei derbem Knocherbau waren die Beine gerade und die Lendengegend nicht merklich eingezogen, aber die Darmbeinschaufeln klafften stark nach vorn und das Kreuzbein erschien von der Vagina her in seinem oberen Theile sehr platt, beträchtlich geneigt, das Promontorium liess sich unschwer erreichen. Die Backenmaasse waren: D. S. — 28,6. D. C. — 29,1. D. B. — 18,3 C. D. — 10,7. C. v. — 9.

Es lag eine Stirnlage vor. Die Kopfgeschwulst war sehr enorm und da eine Erlahmung der Wehen eintrat, wurde die Frau durch Anlegung der Zange entbunden.

Der Kopf des Kindes war durch eine grosse Kopfgeschwulst verunstaltet. Die rechte Schädelhälfte erschien etwas abgeflacht, der vordere obere Winkel des rechten Scheitelbeins niedergedrückt. Ein rother Druckstreifen zog sich auf dieser Seite paralell der Pfeil- und Stirnnaht. Die Spur des linken Zangenlöffels verlief über die Stirn nach der rechten Wange zu. In den ersten Tagen wollte das Kind nicht saugen, hatte einen starren finsteren Blick und bekam wiederholt Krämpfe. Nach Application eines Blutegels an die linke Schläfe, Eisumschlägen auf den Kopf und Calomel verloren sich diese Anfälle. Am 4. Tage befand es sich bis auf eine geringfügige Lähmung der rechten Gesichtshälfte — vom Druck des linken Zangenlöffels — völlig wohl.

„Die Erscheinungen von Hirnreizung in den ersten Lebenstagen des Kindes waren zweifellos durch intracranielle Blutergüsse bedingt. — Solche Symptome gestatten eine um so bessere Prognose, je unmittelbarer sie sich an das Geburtstrauma anschliessen.

Fall 32.

(Litzman — Die Geburt bei engem Becken.)

Eine kleine, zarte, verwachsene, 41 jährige VIII-para. Sie hatte als Kind stark an Rachitis gelitten und erst im 5. Lebensjahre angefangen zu gehen. Bis zu ihrem 23 Jahre wollte sie viel gekränkelt haben, seit dem aber gesund gewesen sein. . . . .

Die wiederholte zu verschiedenen Zeiten vorgenommene Untersuchung ergab einen zierlichen Knochenbau mit feinen Gelenken, die Beine gerade, die Wirbelsäule scoliotisch verbogen, die Convexität der Dorsalkrümmung nach rechts, der Lendenkrümmung nach links gerichtet, die Kreuzgegend tief eingesunken, das Becken mässig geneigt, Höhe und Neigung der vorderen Beckenwand gering, das Promontorium scharf in dem Beckeneingange vorspringend, das ganze Becken niedrig, die unteren Räume relativ weit. Die Beckenmessung ergab folgendes: D. S. — 22,3. D. C. — 24,3. D. B. — 17,6. C. d. — 9,2. C. v. — 7,5.

Die Wehen hatten in den ersten Morgenstunden leise begonnen und waren allmählich stärker geworden. Der Kopf lag lose auf dem Beckeneingange, bei gleichzeitigem Druck von aussen über den linken Schambeinast leicht zwischen beiden Händen zu fassen und zu bewegen. Bald nach Mittag sprang die Blase unter ziemlich reichlichem Wasserabfluss. Obgleich die Wehen ziemlich stark waren, machte die Geburt keine Fortschritte. Die innere Untersuchung ergab folgendes: I. Schädellage mit Tiefstand der Stirn und starker Vorlagerung der rechten Schädelfläche, auf dem Promontorium in querer Richtung die Pfeilnaht, das linke Scheitelbein nicht deprimirt; rechts, neben dem Promontorium die grosse Fontanelle, hinter dem rechten Schambeinaste eine Seitenfontanelle, die linke Schädelhälfte und das Hinterhaupt noch völlig über dem Beckeneingange. Der Kopf stand noch gut beweglich. . . . . .

„Am anderen Morgen untersuchte ich den Kopf des Kindes genauer. Er war mit einer geringen Kopfgeschwulst bedeckt, ohne stärkere Verschiebungen in den Nähten, das linke Os parietale abgeflacht, auf seinem vorderen oberen Winkel eine rothe Druckspur vom Promontorium. Die Spur des rechten Zangenlöffels war auf dem rechten Os frontale in einem rothen Srteifen parallel der Stirnnaht bis zur Wange herab sichtbar, das Auge unverletzt. Der linke Zangenlöffel hatte keine Spur zurückgelassen. Die linke Gesichtshälfte war gelähmt. — Am 3. Tage hatte sich die Lähmung wesentlich gebessert, das linke Auge konnte wieder geschlossen werden.

Vergleichen wir die Zahl der Facialislähmungen bei spontaner Geburt mit der bei Zangenburten, so sehen wir, dass sie im letzteren Falle viel häufiger vorkommen: während unter 33003 Fällen in der Geburtshülflichen Anstalt der Königlichen Charité die Lähmung des N. facialis bei spontaner Geburt nur 7 Mal vorkam fand sie bei Zangengeburten 25 Mal statt, also mehr als dreimal häufiger: 0,07% oder 1 Fall auf 1320 Geburten; da in den Zeitraum von 1874 bis 1898 im ganzen die Zange 1063 Mal angewendet war, so machen die 25 Fälle von Facialislähmung ungefähr 2,35% aller Zangengeburten. Da die Zange am meisten bei engem Becken angelegt wird, so ist es klar, dass auch die Lähmung des N. facialis bei Zangengeburten wegen engen Beckens eine viel häufigere Erscheinung, als sonst, ist, dazu mag noch die Verengerung des Beckens viel beitragen.*)

In den allen von mir zusammengestelten Fällen ist die Lähmung eine Einseitige.

In 3 von diesen Fällen blieb die Lähmung bestehen, in den übrigen verschwand sie nach kurzer Zeit; nach 3 — 4 — 8 — und in einem Falle nach 12 Tagen.

*) Unter 160 Fällen, über die Litzmann berichtet, wurde die Zange 41 Mal angelegt, dabei kam 3 Mal Facialislähmung vor; das macht 7,5% aller Zangengeburten.

Unter 138 Geburten bei engem Becken, über die Michaelis berichtet, ist die Zange 36 Mal in Anwendung gekommen, dabei kam einmal Facialislähmung vor.

Wir sehen also daraus, dass bei engem Becken der Procentsatz der Facialislähmung viel grösser ist, als beim normalen Becken: beie engem Becken ist er 7,5%, während er bei normalem Becken nur 2,35% ist.

Zahl der Geburten und Lähmungen des N. facialis in der Geburtshilflichen Anstalt der Königlichen Charité.

Jahr	Zahl der Geburten	Zahl der Zangengeburten	Zahl d. Lähmungen	
			bei Zangengeburten	bei spontan. Geburten
1874	959	24	—	1
1875	963	19	—	—
1876	879	19	1	—
1877	996	33	1	1
1878	872	26	—	—
1879	933	13	—	—
1880	1075	29	—	—
1881	1095	23	—	—
1882	1167	37	—	—
1883	1114	27	1	—
1884	1116	28	—	—
1885	1368	37	3	1
1886	1420	36	2	2
1887	1871	62	—	—
1888	1587	66	—	—
1889	1474	80	3	—
1890	1530	65	3	—
1891	1810	79	—	—
1892	1717	54	1	—
1893	1794	100	6	—
1894	1747	74	2	—
1895	1781	37	—	—
1896	1858	40	1	1
1897/98	1875	55	1	—
1899				1

Zum Schlusse meiner Arbeit ist es mir eine angenehme Pflicht, meinem hochverehrten Lehrer Herrn Geh. Rat Professor Dr. Gusserow für die gütige Ueberlassung des Materials, sowie Herrn Prof. Dr. Nagel für die freundliche Unterstützung bei Ausführung dieser Arbeit meinen aufrichtigen Dank auszusprechen.

Thesen:

I.

Die Extraction des Kindes bei Placenta praevia ist zu unterlassen.

II.

Die Extirpation des Uterus bei Parametritis ist ganz nutzlos und ist in keinem Falle zu rechtfertigen.

III.

Die Ventrofixatio ist der Vaginaefixatio immer vorzuziehen.

Lebenslauf.

Verfasser, Wladimir Libin, mosaischer Konfession, geboren am 23. November 1866 zu Slutzk (Russland), als Sohn des Bürgers B. Libin, erhielt seine Vorbildung auf dem Gymnasium zu Slutzk, welches er im Jahre 1884 absolvirte. April 1897 wurde er an der Universität zu Berlin immatrikulirt, wo er 8 Semester Medicin studirte. Im Mai 1901 bestand er das Tentamen medicum und Examen rigorosum.

Vorlesungen, Kliniken und Kurse besuchte er bei den folgenden Herren Professoren und Docenten:

Bennecke. v. Bergmann. Dames. Engelmann. Fritsch. Gusserow. Hertwig. Heubner. Heymann. Hildebrand. Hirschberg. Jolly. Koblanck. König. v. Leyden. Mendel. Michaelis. J. Munk. Nagel. Pagel. Pick. Senator. Silex. H. Virchow. R. Virchow. Waldeyer.